

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190374470      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO      **Data do acidente:** 31/12/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura calcâneo direito

**Descrição do exame físico:** apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apolo plantar .

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190374470      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO      **Data do acidente:** 31/12/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190374470**

**Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO**

**Data do Acidente: 31/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190374470**

**Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO**

**Data do Acidente: 31/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190374470**      **Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO**

**Data do Acidente: 31/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000007139-0**

Conta: **000001159-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 009250119 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aquino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	Vicente Luiz de Aquino	CPF:	59633-670
Profissão:	Açougueiro	Número:	300
Endereço:	Rua Hilário Gueiros	Complemento:	Casa
Bairro:	Abolição	Estado:	RN
Cidade:	Mossoró	CEP:	59633-670
E-mail:	Não Possui	Tel.(DDD):	(84) 99827-

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  5159  2  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

X Vicente Luiz de Aquino

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

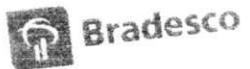
Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

ARUANA SEGURO  
19 MAR 2013



## Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA CORRENTE

TERM. 082646

VICENTE LUIZ DE AQUINO  
AGÊNCIA 7139 CONTA 0001159-2

09:58 HRS  
10/DEZ/2018

DISPONIVEL .....  
+ TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA CORRENTE .....

00000  
00000  
00000

TOTAL DE RECURSOS .....

LIMITES DE CREDITO .....  
LIMITE EM CONTA .....  
LIMITE UTILIZADO .....  
LIMITE A UTILIZAR .....

00000  
00000  
00000

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE  
DEZEMBRO/2018

DIA	HISTÓRICO	N. DOCTO
05	SALDO ANTERIOR	
10	MORA CRED PESS	3480341
	SALDO TOTAL	

VALOR  
00000  
00000  
00000

DATA CHG ESP.: 13,32% A.M. 348,88% A.A.  
VCTU.: 31/12/2018

demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alterações ate o final do dia.  
fone facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
fone Atendimento Bradesco - 0800 7048383.  
Preferencial Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Dividória 0800 7279933 das 08h as 18h.  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaração de Declaração Anual de Tarifas PF  
esta disponível no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SECURITANORA  
19 MAR 2018



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 1206518

## 1 - LOCALE DATA

Local AV. A BE 2 COCZHO  
Bairro A POLICIA FFI  
Cidade/UF MESSIAS  
P. Ref. DUPLA MOTO  
Data 31/12/2018 Hora do acidente 10:10 Hora do registro 10:50 Dia da semana SEXTA-FEIRA

## 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal   | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal        | <input type="checkbox"/> - Choque      | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

## 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 110H 9030 Cidade MESSIAS UF RN  
Marca/Mod. HONDA Cor 10W1124A Ano 2001 12012  
Proprietário BARTADEMEO 2012 PC LA GUINHO Nº de Ocupantes 01  
Condutor JACENTE 3372 PC LA GUINHO Data de Nasc. 13/06/1966  
Endereço RUA ITAMBO DE OLIVEIRA Nº 1100 Fone 84-99425-5896  
Bairro 13002-000 IV Cidade 10000000 UF RN  
CPF Nº 625 969 42453 CNH Nº 03150787259 Validade 08/12/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho FINAS COTAS Fone 98734 7385  
End. Nº Bairro Cidade

## 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 05X 96 90 Cidade CARNAUBA UF PA  
Marca/Mod. HONDA 166 150 Cor VERDE Ano 2012 12013  
Proprietário CLAUDIO DA SILVA Nº de Ocupantes 01  
Condutor Data de Nasc. 1-1  
Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1/1 Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. Nº Bairro Cidade

## 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano 1  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor Data de Nasc. 1/1  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1/1 Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. Nº Bairro Cidade

## 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano 1  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor Data de Nasc. 1/1  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1/1 Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. Nº Bairro Cidade

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? ABR. COELHO

Em que sentido? INTERSESSES

Versão do condutor O condutor do V1 informou que transitava na Rua SENTIDO I FÁTXA ACIMA (J7-A), ou seja, nas proximidades DE DUAS NOITES ÁREA O SINAL DE ALERTA PARA ESTACIONAMENTO A VELOCIDADE DE FAZER O DESLIGAMENTO DAS INSTALAÇÕES GENTILMENTE FORTE PAREADA NA ZATONAL DE SINA MOTO PASSOU SILENTES E SEM OCORRÊNCIA PELO SAMU.

Em que faixa? DIREITA.

Assinatura do Condutor do V1 Wicente lug de Almeida

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

ARUAN CECILANDRA  
19 MAR 2019

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond/ Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecedo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____

Caract./ Pista	Cond./ Pista
<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinalização  
 Inexistente  
 Do Agente de Trânsito  
 Do Semáforo  
 Faixa de Pedestre  
 Linha \_\_\_\_\_  
 Placa(s) Zona BABA  
 Lombada eletrônica  
 Vel. Máx. Perm. \_\_\_\_\_ KM/H

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÀRVORE



VESTIGIES



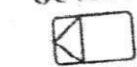
## SEMÁFORO



**PEDESTRE**



BICICLETA  
OU MOTO



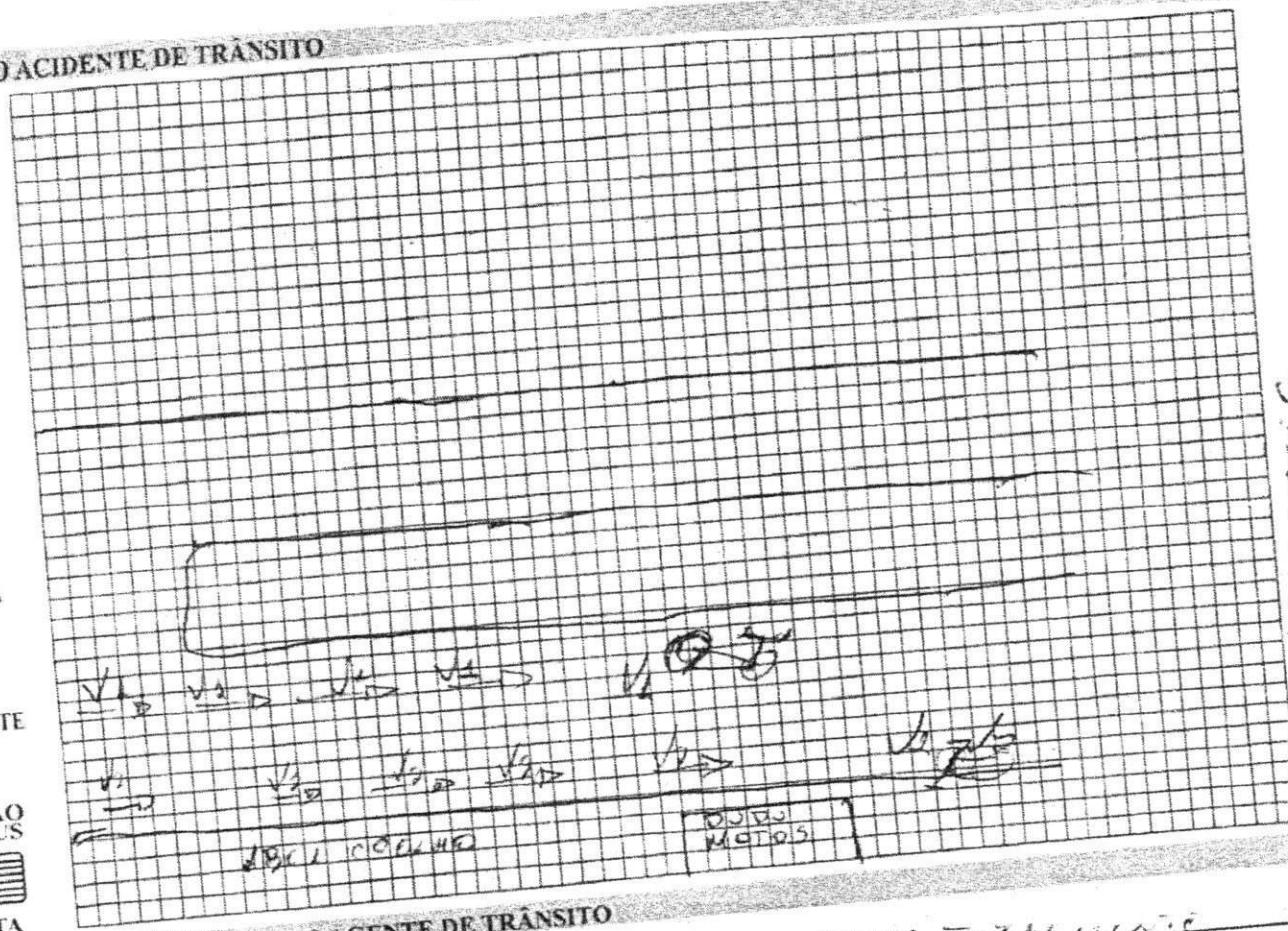
CARRO DE  
PEQUENO PORTE



**CARRO  
OU ÔNIBUS**



10 - AVARI



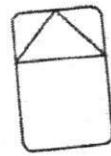
**10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO**



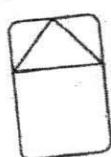
### AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 TOTALLY CANCELLED  
DANTES CAVADO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



ULIO 4  
JARUANA SECURAPORA  
19 MAR 2019

Testemunha  
Presenciou:  Fato  Registro

11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / /  
RG Nº \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:

Testemunha  
Presenciou:  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / /  
RG Nº \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:

Testemunha  
Presenciou:  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / /  
RG Nº \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:

Testemunha  
Presenciou:  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / /  
RG Nº \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AIT Nº 169836 CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

*AO CHEGAR AO LOCAL DA OCORRÊNCIA FOI COLOCADO O  
BOLETIM DE Ocorrência AS INFORMAÇÕES SUCINTAS AONDOS DE  
V3 CONDUZIDO PARA UMA SEZA 3000 COMPLETA VERSO  
LIBERADO PARA MARIZA PEREIRA DCS 304-06830101602-  
CONDUZIDA PELO CONDUTOR DA LOCAL VEÍCULO CONDUZIDA PARA O BRT  
DO BRT 2308026.*

*ARUANA RECIENDORA*  
*19 MAR 2019*

Nome Completo do Agente RUYANNE SOUSA SILVA

POSTO/GRAD.: SD PM PM Nº 204035-2 Viatura 2770 0770 Subunid.: 22DP/20  
Local e Data Mossoro 21 de DEZEMBRO de 2018.

*Assinatura do Agente de Trânsito*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 009250119 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aquino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	Vicente Luiz de Aquino	CPF:	59633-670
Profissão:	Açougueiro	Número:	300
Endereço:	Rua Hilário Gueiros	Complemento:	Casa
Bairro:	Abolição	Estado:	RN
Cidade:	Mossoró	CEP:	59633-670
E-mail:	Não Possui	Tel.(DDD):	(84) 99827-

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  5159  2  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

X Vicente Luiz de Aquino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

ARUANA SEGURO  
19 MAR 2013

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE LUIZ DE AQUINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07139-0

CONTA: 00000001159-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO27062019050000000002370713900000001159168750 PAGO

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 02**

Mossoró 04 de Janeiro de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.**

**RG: 100.417-3** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 13**

**Nome do Paciente: VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.**

**Data:** 31/12/2018

**Local da ocorrência:** Avenida: Abel Coelho/Abolição III (Próximo a lanchonete Bom de Boca)

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

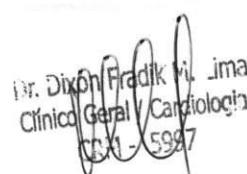
**Hora do Chamado:** 10h 30min.

**Natureza da Ocorrência:** Colisão moto x moto

**Procedimento no Local:** Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

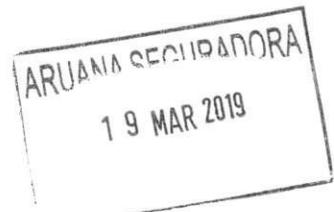


**Silvania do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Agente administrativo SAMU/Mossoró



Dr. Dixon Fradik M. Lima  
Clínica Geral e Cardiologia  
CEP: 5997

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor do SAMU/ Mossoró





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115  
115  
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 AS 08:41:29 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7335631 01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO  
RUA HILARIO QUEIROZ, N, 100 - ABOLICAO MOSSORO RN

50613-670

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
			RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
305.011.685-0217.000	16	1948	1
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO

Y12N468241

LIGADO

POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M<sup>3</sup>): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019

LEIT. ATUAL: 1154

LEIT. ANT.: 1137

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRICAÇÃO  
ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M <sup>3</sup> - 39,99 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	39,99	
11 M <sup>3</sup> A 15 M <sup>3</sup> - R\$ 4,46 POR M <sup>3</sup>	5 M <sup>3</sup>	22,30	
16 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 5,27 POR M <sup>3</sup>	2 M <sup>3</sup>	10,54	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39	
JUROS DE MORA 11/2018		0,74	

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPÓSTO
PIS	72,83	1,65	1,20
COFINS	72,83	7,6	5,54
VENCIMENTO:	20/01/2019	TOTAL A PAGAR:	74,96

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,58	7,65	98,86%		

82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



MATRÍCULA: 7335631 MÊS/ANO: 01/2019 VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 74,96



COMPROVANTE DA CAERN

ARUAI/CE/2019  
19 MAR 2019



**COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
**CNPJ:** 08.334.385/0001-35 / **INSC.** Estadual: 20055.426-3  
**Admin. Central:** (84) 3232-4432 / **Ouvidoria:** (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

15  
15

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 AS 08:41:29 MATRÍCULA: MÊS / ANO

DADOS DO CLIENTE 7335631 01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO  
RUA HILARIO QUEIROZ, N. 100 - ABOLICAO MOSSORO RN

59613-670 INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
305-011.685.0217.000 HIDRÔMETRO	16	1948 SITUAÇÃO ÁGUA	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
Y12N468241	LIGADO	1	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M3): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019  
LEIT. ATUAL: 1154  
LEIT. ANT.: 1137  
DIAS CONSUMO: 31

## HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
<b>AGUA</b>		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	2 M3	10,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39
JUROS DE MORA 11/2018		0,74

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	72,83	1,65	1,20
COFINS	72,83	7,6	5,54
VENCIMENTO:	20/01/2012	TOTAL A PAGAR:	74,96

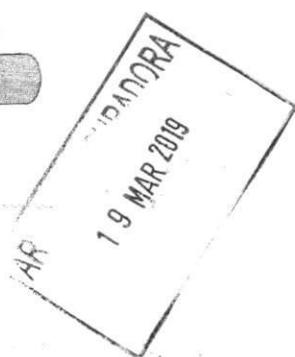
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg / L
Valores Obtidos	2,5	7,6	98,3%	1,0	

82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



Matrícula	Mês / Ano	Vencimento	Total a Pagar
7335631	01/2019	20/01/2019	74,96

COMPROVANTE DA CAERN





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:  
<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jussara Fabiana A. de Aquino, inscrito (a) no CPF 33.473.444-69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vicente Luiz de Aquino, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 625.969.424-53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez,  
Vicente Luiz de Aquino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.969.424-53, da Vítima  
determinação da Circular Susep 445/12:  
 Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recusou

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,  
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Hilario Gueiro, 300	Número	300	Complemento	Casa
Bairro	Abolição	Cidade	RN	CEP	59633-670
Email	Naõ Possui	Telefone comercial (DDD)	(84) 99827-0066	Telefone celular (DDD)	(84) 99827-0066

Monró-RN, 35 de Fevereiro de 2019  
Local e Data

\*Jussara Fabiana Andrade de Aquino  
Assinatura do Declarante

DRA. WILLIANA CARVALHO PEREIRA

CRM 1160-RN-2149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

### LANÇAMENTO MEDICO

O paciente VICENTE LUIZ DE AQUINO,  
52 anos de idade, Aconquerido.

HISTÓRICO: Acedente de trânsito em  
via pública, entre motos, ocorrido em  
31 dez. 2018, que culminou com:

- a) DIAGNOSTICO  
b) LESÃO CONSOL-LIGAMENTAR

tornozelo e pé direito, com instabilidade  
tibio-tarsica, de indicação operatória  
não realizada. Repere imobilização com  
fala + gesso por 60 dias + Frisidera

No local do acidente foi conduzido  
pelo SAMU ao Hospital Regional Preciso  
Maiá em Mossoró - R/N. Boletim 36218/2018.

Procedimento: Exame + RX + Imobi-  
lização provisória com fala e indica-  
ção operatória, via cirurgia, através do  
PAM (sic).

### QUADRO ATUAL e SEQUÊNCIAS

- a) DOR mediante permanecida em pé  
agachar-se, erguer-se ou subir degrau  
b) Marcha claudicante e dor espontânea  
c) Perda da capacidade funcional  
laborial e quotidiana, estimada  
em 30%.

CID 10 T93. PI 592.0 + 593.

Policlínica Médica

Rua João Pessoa, 68 - Centro  
Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Octávio Rosado

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro  
Fone (84) 3317-3536

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min  
3ª e 5ª Todas as manhãs

Foto: William Carvalho Pereira  
Ortopedia-Doenças Reumáticas  
Medicina do Trabalho  
CRM 1160/RN - Msc 1495U



Nome do Paciente: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Número do Atendimento: PACS-  
4138817057

Data do Exame: 11/01/2019

Convênio: -

RG: -

### RAIO-X DO TORNOZELO DIREITO

#### LAUDO:

Linhos radiolucentes no calcâneo que no contexto de trauma sugerem fratura cominutiva.

Imagem irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

A critério clínico, se possível, o estudo tomográfico poderá fornecer informações adicionais.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 12/01/2019 01:13. Para baixar uma cópia, acesse <https://valida.vibrant.com.br>, utilize data/hora e a chave: qRyDAIpG.

ARUANA SEGUROADORA  
04 ABR 2019

Laudado Por:  
Dr. Fernando Mansano Rodrigues  
CRM-SP 144983



Nome do Paciente: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Número do Atendimento: PACS-4138817057

Data do Exame: 15/02/2019

Convênio: -

RG: -

### RAIO-X DO CALCÂNEO DIREITO

#### LAUDO:

Sinais de fratura cominutiva no calcâneo em processo de consolidação.

Imagen irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

Calcificações vasculares.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 15/02/2019 21:25. Para baixar uma cópia, acesse <https://vaijar.wbarad.com.br>, utilize data/hora e a chave: GgCeitKA.



Assinado por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues  
CRM-SP 144983

## RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Mossoró, Rio Grande do Norte, 15/03/2019

Declaro que Sr Vicente Luiz de Aquino, admitido para atendimento fisioterapêutico dia 18/02/2018, com diagnóstico médico de lesão por acidente motociclístico em 31/12/2018, sendo submetido (a) a exames de imagem, apresentando queixas inchaço, limitação de movimento, e dores na região do tornozelo direito.

De acordo com o quadro clínico, observou-se inchaço, dores, edema e limitação de movimento na região do tornozelo direito, sendo necessário 11 sessões de fisioterapia motora para voltar a realizar as atividades de vida diária.

Apresenta como diagnóstico funcional: Lesão de tornozelo direito.

**Os objetivos propostos foram:**

Diminuição do quadro álgico  
Diminuição do edema  
Aumento de movimentos em tornozelo direito.  
Voltar a realização de atividades diárias.

**Plano de tratamento proposto:**

Exercícios miolifocinéticos para diminuição de inchaço  
Exercícios ativo assistido para fortalecimento de joelho e aumento da flexibilidade  
Alongamento da musculatura  
Rotação de tornozelo  
Exercícios proprioceptivo  
Declínio de calcanhares  
Levantamento de tornozelo

Evoluiu com bastante sucesso em 11 sessões de fisioterapia onde o mesmo não precisa dar continuidade com o tratamento, já que realiza com sucesso as atividades de vida diária.



A handwritten signature in cursive ink, appearing to read 'Diego Iohan'.

Diego Iohan de O. Monteiro  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO/RN 231836-F



OK

## CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 30645 - VICENTE LUIZ DE AQUINO (52 a 6 m 18 d)

Nascimento: 13/06/1966

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS: 702205159764010

CPF: 62596942453

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA ANTONIA DE AQUINO

Prof:

Logradouro: HILARIO QUEIROZ, 100

Pai: JOSE LUIZ DE AQUINO

CEP: 59613670

Bairro: MONSENHOR AMERICO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.988124082 84 988124082

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: Acidente moto/moto veio em SAMU

Classificação:

PESO:

31/12/2018 10:48:08

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80								

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: leves escoriações, dor em membro

Hora: 11:05

Pete com história de acidente moto - com bala no braço de 90gr. Perdeu um de capacete, não perde de consciência, náuseas ou vômitos. Nega o sangue. Ver o protocolo SAMU.

① Vias seosas Pérvias, sem edema/gid.

② AV + simétrico, 5/RA.

③ FC: 103bpm, estável hemodinamicamente

④ Glasgow 15, sem déficits fisiológicos.

⑤ Escoriações na braço e punho + dor intensa lombar.

ARIANA SECURADORA  
19 MAR 2019

Diagn. Inicial:

## PRESCRIÇÃO:

① SRL 2000-c, IV, 28g/h/lin

VIA

ASSINT.

je

② Tilstil 40g + 1000, IV, esgot.

11:20c

③ Tramadol 100mg + 100-c 500mg, IV, se dolor.

④ Fármacos Colágeno

⑤ Sol. rx de Colágeno lombos,

lumbos ⑥ e para ⑦

⑧ D-pivona 1g + 1BD, IV, esgot.

Romane Vieira  
Cirurgia da Cabeça e Pescoço  
Cirurgia Geral  
CRM/RN 6352

11:20c

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 02/01/19Tutor  
SAME/ARQUIVO

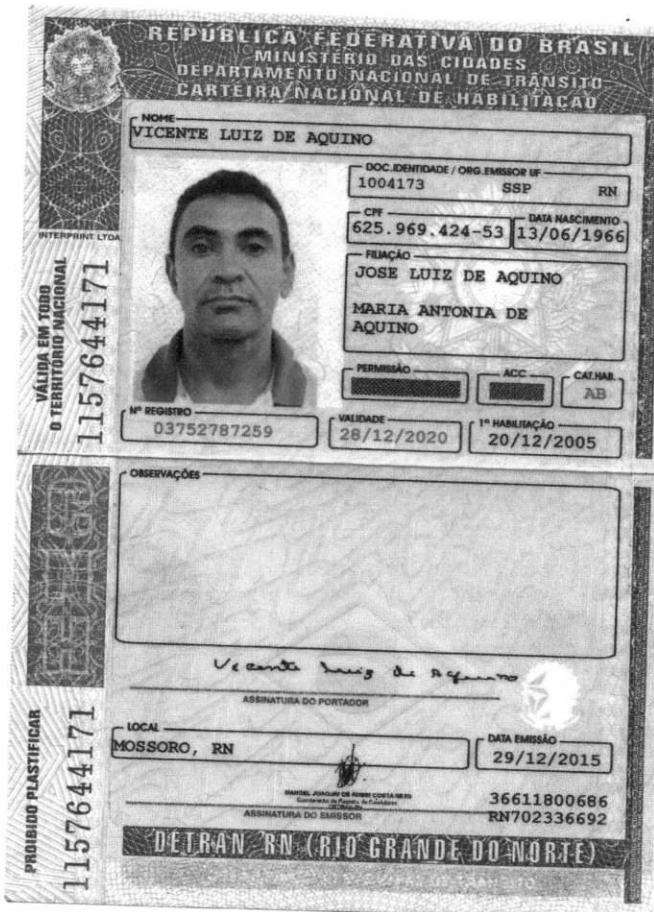
Mat. 150.343-0

\*Saída: -

( ) Decisão médica - ( ) Transferido - ( ) Evasão - ( ) Óbito - ( ) Interna:

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. Hr: \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_





ARUANA SECURADORA  
19 MAR 2019



ARIANA MENDONÇA  
19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN 10934 // 00747 N° 013708878867  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00408937815	*****	2017

NOME

BARTOLOMEU LUIZ DE AQUINO

CPF / CNPJ	PLACA
325.327.174-91	NOH9020

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOH9020/RN	9C2JC4110CR474472

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APLICÁVEL	GÁSOLINA

MARCA / MÓDELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 125 FAN KS	2011	2012

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	VENC / COTAS
0CV / 124 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º PAGO
P	R\$ 0,00	13/11/2017	2º PAGO
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3º PAGO
A	002844 3X	R\$ *****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***			13/11/2017
DEVAT: PAGO			

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50  
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.  
MOTOR: JC41E1C474472

LOCAL: PARNAMIRIM/RN  
DATA: 13/11/2017

Sidneiley Severo da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETTRAN - RN  
EXPEDIDOR

DENATRAN

DETTRAN

Tintoretto & Sons

19 MAR 2019

ARUANA CERTIFICADORA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 013708878867 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	325.327.174-91	2017	13/11/2017

RENAVAM	MARCA / MÓDELO	PLACA
00408937815	HONDA / CG 125 FAN KS	NOH9020

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	9	9C2JC4110CR474472

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

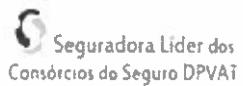
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA	PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.508/0001-04

JUN / 2017

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do acidente: 31/12/2018

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019  
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO  
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019  
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116542/19

**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO

**CPF:** 625.969.424-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/12/2018

**Titular do CPF:** VICENTE LUIZ DE AQUINO

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**ARUANA SEGURO**

04 ABR 2019

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

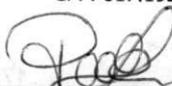
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019  
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO  
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019  
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 017.192.214-05



PRISCILA FLORENCIO DA SILVA



Seguradora Lider • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Vicente Luiz de Aquino  
DATA DO ACIDENTE 35/321/2018 CPF DA VITIMA 625969424-53  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jussara Fabiana A. de Aquino  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTECO COM  
AVITIMA É Procurador  
ENDERECO DO PORTADOR Rua Hilario Queiroz  
Nº 300 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Abolição  
CIDADE Maceió UF RN CEP 59613-670  
E-MAIL Não Possui TELEFONE (+84) 99827-0066

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIEN REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUFERIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVIBS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES ELEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIEN REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 - ESTE VALOR VARIACONFORME A VIDA DA VITIMA
  - DAS LIÇÕES E, DE ACORDO COM TABUA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.154/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REMBOLSO). ESTE VALOR VARIACONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTAOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTAIS, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSIE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA 19/03/2019IDENTIDADE 2936690  
ASSINATURA Jussara Fabiana Andreia de AlmeidaRESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA 19/03/2019  
NOME Priscila Florencio  
ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190374470      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO      **Data do acidente:** 31/12/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura calcâneo direito

**Descrição do exame** apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao **físico:** apoio plantar .

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190374470      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO      **Data do acidente:** 31/12/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** &@P1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	<i>Vicente Luiz de Aquino</i>	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	
<i>Brasileiro</i>		
PROFISSÃO:	<i>Desqueiro</i>	
IDENTIDADE:	CPF:	<i>100.4173</i>
ENDEREÇO:	<i>Hilário Queiroz Nº 100 Andrade</i>	

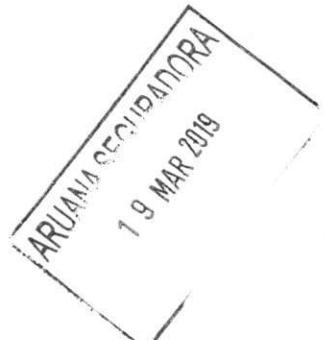
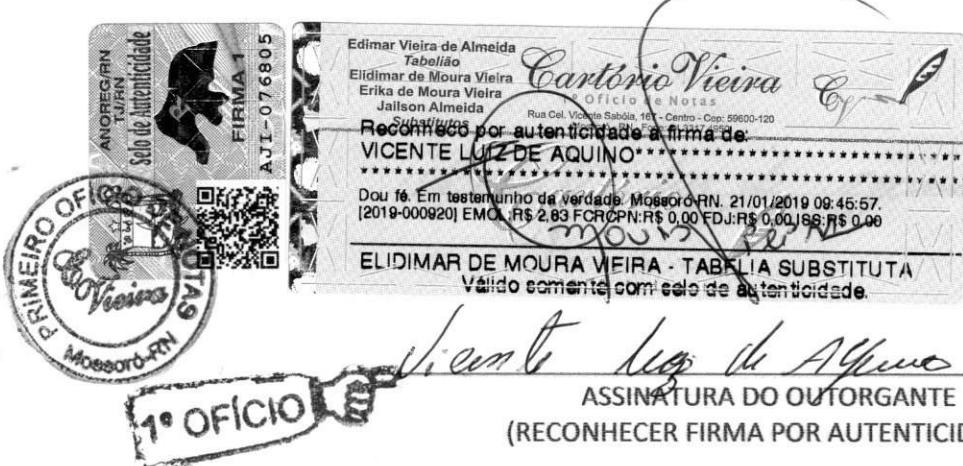
## OUTORGADO

NOME:	<i>Jussara Fabrione Andrade de Aquino</i>	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	
<i>Brasileira</i>		
PROFISSÃO:		
IDENTIDADE:	CPF:	<i>293.66.90</i>
ENDEREÇO:	<i>Hilário Queiroz Nº 100 Andrade</i>	

DATA DO ACIDENTE: 31/12/2018 COBERTURA: Inválidos.  
 Nome da Vítima: Vicente Luiz de Aquino.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

**Vítima:** VICENTE LUIZ DE AQUINO

**CPF:** 625.969.424-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/12/2018

**Titular do CPF:** VICENTE LUIZ DE AQUINO

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019  
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO  
CPF: 111.473.444-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019  
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190374470**

Nome do(a) Examinado(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Hilário Queiroz, 100 - abolição - Mossoró - RN - CEP 59613-670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /RN** ] **1004173**

Data e local do acidente: [ **31/12/2018** ] **Av Abel coelho Abolição 3,Mossoró,RN**

Data e local do exame: [ **19/06/2019** ] **Mossoró [ RN ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*fratura calcâneo direito*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apoio plantar .*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação funcional do pé direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Pé direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

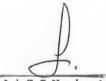
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN